

Déterminants Du Non Recours Aux Soins Des Affiliés De L'assurance Maladie Obligatoire Au Sein Des Services Médicaux Inter-Entreprises

Orimbato Samuelah Raharijaona¹, Niaina zakaria Rodolphe Andriamifidison², Zina Antonio
Randriananahirana³, Dédéce Timothé Yvy⁴, Sedera Radoniaina Rakotondrasoa⁴, El-C Julio Rakotonirina⁵

¹ Interne de spécialité en Santé Publique

Faculté de médecine de Fianarantsoa

sam.orimbato@gmail.com

² Spécialiste en Santé Publique

Faculté de médecine Antananarivo

rodolpheniaina@gmail.com

³ Spécialiste en Santé Publique

Centre Hospitalier Universitaire de Soins et de Santé Publique Analakely

⁴ Interne de spécialité en Santé Publique

Faculté de médecine de Toamasina

⁵ Spécialiste en Santé Publique

⁶ Professeur titulaire en épidémiologie

Faculté de médecine Antananarivo

juliorakotonirina@yahoo.fr

Auteur correspondant : Orimbato Samuelah Raharijaona, sam.orimbato@gmail.com



Résumé- La lutte contre les inégalités sociales de santé constitue un véritable défi dans la politique de santé, occupant une priorité d'action. L'assurance maladie obligatoire est un système fonctionnel pour y remédier. Cette étude a proposé comme objectif de déterminer les facteurs de non recours aux soins des adhérents de l'assurance maladie obligatoire en cas de maladie. Il s'agit d'une étude qualitative auprès des ayants droit de l'assurance maladie obligatoire au sein de l'OSTIE Behoririka allant du mois d'Avril au Juillet 2022. Au total, 27 adhérents ont participé à l'entretien semi-directif. Les déterminants du non recours aux soins déduits de l'étude étaient : les freins socio-économiques, les facteurs liés à l'état de santé, à l'habitude et la pratique aux soins, à la qualité du service et à l'organisation administrative. Les causes de non recours décrites sont diverses, de l'individu à l'institution sanitaire : contraintes socio-économiques, les malentendus informationnels divulgués et les organisations méconnues par les adhérents rendant dysfonctionnels les liens entre tous les acteurs impliqués dans l'itinéraire des soins.

Mots clés : enquête santé, inégalité sociale de santé, recours soins, Madagascar

Abstract -The fight against social inequalities in health is a real challenge in health policy, which is a priority for action. Compulsory health insurance is a functional system to remedy this. The objective of our study was to determine the factors of non-use of care by members of the compulsory health insurance in the event of illness. This is a qualitative study of the beneficiaries of compulsory health insurance within the OSTIE Behoririka from April to July 2022. A total of 27 members participated in the semi-structured interview. The determinant of non-use of care inferred from the study were: socio-economic obstacles, factors related to health status, habit and practice of care, quality of service and administrative organization. The causes of non-use described are diverse, from the individual to

the health institution: socio-economic constraints, informational misunderstandings disclosed and organizations unknown to members making the links between all the actors involved in the care pathway dysfunctional.

Keywords: health survey, social inequality in health, health care, Madagascar.

I. INTRODUCTION

L'accès et le recours aux soins sont des droits fondamentaux pour chaque être humain en cas de besoin en santé selon la déclaration universelle des droits de l'homme [1, 2]. La lutte contre les inégalités sociales de santé constitue un véritable défi dans la politique mondiale de la santé, une priorité d'action dans les pays développés que dans les pays en voie de développement selon la déclaration d'Alma Ata [3, 4].

En Afrique, on estime que l'accès aux soins dans le continent est limité par des considérations économiques [5]. Des travaux récents établissent que l'exclusion des usagers est avant tout non imputable à la qualité offerte par les formations sanitaires [6]. Toutefois, le véritable facteur d'exclusion réside dans deux causes : la relation soignant-soigné et le niveau de qualité perçu de l'offre de soins [7].

Une étude a été faite à Madagascar sur le recours aux soins communautaires, des enquêtes ont été effectuées pour identifier les déterminants du recours aux soins. Les résultats ont montré que les ménages consultent les agents communautaires (AC) notamment en raison de la perception de la gravité de la maladie, de la durée d'attente lors des consultations et de la relation soignant-soigné [8]. Dans le but d'améliorer l'accessibilité et le recours aux soins, l'Etat a établi la politique de la protection sociale par l'assurance maladie obligatoire dont les travailleurs salariés privés en fait partie [9, 10]. Nonobstant le système de l'assurance maladie obligatoire, des cas de non recours aux soins ont été observé chez les adhérents, avec un taux de fréquentation de service annuel bas. De ce fait, cette étude vise à identifier les déterminants du non recours aux soins des affiliés à l'assurance maladie obligatoire (AMO). L'intérêt de l'étude sera d'améliorer le recours aux soins des affiliés à l'AMO en tenant compte des facteurs de non recours aux soins. Par ailleurs à notre connaissance, aucune étude similaire n'a été réalisée au sein des partenaires de soins de l'AMO [11, 12]. Cette présente étude a fixé comme objectif de déterminer les raisons explicatives du non recours aux soins des affiliés à l'assurance maladie obligatoire en cas de maladie.

II. CADRE CONCEPTUEL

Le cadre conceptuel pour cette recherche repose sur la typologie explicative du non-recours développée par l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore) [13-14]. L'Odenore propose trois catégories de non-recours : la non-connaissance, la non-demande et la non-réception. Des explications ont été proposées pour chaque catégorie de non-recours qui peuvent être différentes selon les domaines de recherche. Nous avons adapté cette typologie aux différents éléments retrouvés dans la littérature scientifique concernant l'utilisation des soins. D'une façon générale, le non-recours « renvoie à toute personne qui – en tout état de cause – ne bénéficie pas d'une offre publique, de droits et de services, à laquelle elle pourrait prétendre » [15].

III. MATERIELS ET METHODES

L'étude a été réalisée à l'Organisation Sanitaire Tananarivienne Inter-Entreprises (OSTIE) Behoririka, la première structure en santé de travail à être certifié ISO 9001. Elle est présente à Madagascar depuis 1955. Les raisons du choix de cette cadre d'étude sont liées au fait que cette structure illustre bien le système et le financement de santé par l'AMO à Madagascar. La santé des travailleurs et sa famille est reconnu comme un soutien psycho-social de ces derniers, elle contribue au résultat d'une qualité de la production, ayant un impact sur le développement personnel et économique du pays [10,16]. Les ayants droit 18 ans et plus qui ont eu de cas de non recours aux soins durant son affiliation ont constitué la population de l'étude et des informateurs clés qui étaient du personnel administratif et technique de l'OSTIE pour confronter les résultats. Concernant la collecte des données, des entretiens semi-directifs conçus à partir des concepts du non recours aux soins par le baromètre du renoncement aux soins ont été menés [17]. Les participants ont été interviewés avec la langue « malagasy ». Des enregistrements audios ont été faits et ont été

transcrits textuellement et traduits en français par l'auteur. L'analyse des données a été effectuée avec le logiciel QDA Miner et les entretiens ont été analysés pour explorer les raisons explicatives de non recours aux soins des affiliés de l'AMO en cas de maladie. Les données ont été évaluées par des coauteurs à plusieurs niveaux.

Les trois niveaux d'analyse des données (code, catégorie, sous-thèmes et thème) ont été considérés comme appropriés pour coder les données. Les transcriptions ont été cryptées en fonction de nos objectifs de recherche. Les codes, les thèmes et les catégories ont été formulés et modifiés tout au long du processus de recherche.

IV. RESULTATS

Vingt-sept ayants droit ont participé à l'entretien semi-directif, avec un âge moyen de 42,1±10,9 ans. Le genre féminin a prédominé, le niveau d'instruction prédominant était le niveau universitaire puis le niveau secondaire. La majorité des enquêtés habitait à l'heure à pied de la formation sanitaire. Concernant le niveau de satisfaction de la prise en charge au sein OSTIE Behoririka, la majorité des enquêtés a déclaré satisfait. Le non recours chez les médecins généralistes prédominait, suivi du non recours chez les dentistes.

L'analyse des données a permis de repérer sept grands thèmes qui seront présentés dans les prochaines sections pour expliquer les raisons empêchant le recours aux soins des ayants droit en cas de besoins.

A. Facteurs socio-économiques

Ils étaient surtout marqués par deux facteurs dont les obstacles liés au travail et les obstacles financiers. Plusieurs participants se plaignaient de contrainte au milieu de travail en cas de maladie pour se consulter. En effet, l'employeur exigeait un taux d'absentéisme minime afin de maximiser la productivité. Les adhérents étaient en manque de pouvoir de décision vis-à-vis de leur employeur. Le participant 5 a dit : « Il était difficile de demander la permission à mon employeur, se plaindre d'être malade le rend nerveux, comme si être malade était mon choix, j'ai du mal à lui demander la permission pour aller à l'OSTIE quand je ne me sens pas bien ». Un informateur clé a mentionné : « Les employeurs se montrent stricts aussi car ils ne pensent qu'à leur production et évitent au maximum l'absentéisme de leurs employés ».

La mention de la charge de travail élevée figurait aussi parmi les facteurs de non recours à la formation sanitaire, le participant 2 a dit « Il y a aussi le problème de la charge du travail, tellement le travail est nombreux, je ne veux pas perdre du temps même pour aller se consulter en cas de maladie », le participant 8 a ajouté pendant l'entretien : « De plus le travail me retient, j'avais tellement de travail que je préfère travailler que de passer du temps à se consulter malgré ma maladie ». Du côté financier, malgré le système de l'assurance maladie, l'accès au soin procure toujours des coûts indirects comme le frais de déplacement. Les participants 2 et 4 ont cité respectivement : « Le frais de déplacement me posait problème et cela m'empêche de rejoindre la formation sanitaire malgré ma maladie », « Je n'avais pas de frais pour me déplacer jusqu'ici et je me suis resté à la maison ».

B. Facteurs liés à l'état de santé

Un état de santé non alarmant, des symptômes légers, ont été considérés par les enquêtés comme des facteurs qui ne nécessitaient pas une consultation médicale. Les participants 11, 17 et 18 ont affirmé respectivement que : « C'était un symptôme léger, je pensais que cela n'en vaut pas la peine de consulter un médecin », « J'ai pensé que des symptômes simples n'ont pas besoin d'un médecin » et « Pour des simples symptômes, je n'allais pas me déplacer là-bas ». Par ailleurs, en cas d'urgence et en cas de traumatisme grave, ils fréquentaient tout de suite les centres hospitaliers sans passer à l'OSTIE. Les sujets 3 et 9 disaient respectivement « Je me suis rendu directement à l'hôpital car j'étais gravement malade », « Un cas urgent m'est arrivé aussi un jour et on s'est rendu directement à l'hôpital pour ne pas perdre du temps ». Un informateur clé a dit « Le recours dépend aussi de la maladie, par exemple en cas d'urgence ou en cas de blessure grave, les adhérents n'allaient pas perdre leur temps ici, ils allaient directement à l'hôpital ».

C. Facteurs liés à l'habitude de recours aux soins

Le recours aux soins conventionnels, tel un médecin, une assurance externe empêchaient les adhérents de recourir à l'OSTIE en cas de maladie, les sujets 9, 15 et 21 ont avancé « Je me souviens aussi, je me suis rendu à un centre de santé de base II quand

j'étais malade », « je préfère voir un médecin privé » et « Je consultais chez un médecin privé, dont je me suis habitué ». Un informateur clé a bien confirmé le recours aux soins dans d'autres endroits des adhérents, il a signalé : « Ils ont leur propre assurance maladie, ils consultent ailleurs en cas de maladie. ». En outre, le recours aux soins non conventionnels, comme l'automédication est une pratique courante qui était un obstacle pour consulter un médecin lors d'une maladie, la plupart des employés se référait à sa dernière ordonnance et pratiquait une automédication. Les participants 3 et 10 ont affirmé respectivement « La plupart du temps aussi, je pratiquai l'automédication quand je sentais que ma maladie était similaire de ma maladie antérieure, je reprenais alors les mêmes médicaments », « J'ai pris des médicaments que j'ai pris de ma maladie antérieure, ou je demandais au pharmacien les médicaments qui correspondaient à mes symptômes ». La médecine traditionnelle était moins mentionnée, un participant 14 a affirmé « J'ajoutais des médicaments traditionnels, et j'étais guéri ». Concernant la croyance religieuse, quelques participants ont bien mis en relief l'importance de cette pratique pendant l'entretien, les participants 8 et 13 ont avancé respectivement « J'ai prié en même temps, et je suis guéri. », « Ma religion m'a tellement aidé, moi, j'ai prié et je n'étais pas venu pour me consulter »

C.1. Raisons liées à la qualité de service

La perception des routines et la qualité assez satisfaisante de la prise en charge étaient également des facteurs qui empêchaient les gens de consulter chez l'OSTIE, le participant 1 a déclaré: « Je ne suis pas satisfait de la prise en charge ici, je trouve que c'est de la routine, et ça ne me motive pas », les mauvais accueils et l'incapacité à traiter les maladies ont perçu par les malades, le participant 5 a affirmé « Je suis sûr que je serai accueilli et bien traité ailleurs qu'ici. », le participant 20 a précisé le non recours au service de la dentisterie car ce dernier est non satisfaisant, il a mentionné: « J'ai choisi de ne pas se consulter ici car je ne suis pas du tout satisfait des soins dentaires »

C.2. Organisation administrative lourde

La longue durée d'attente est assez fréquemment mentionnée et qui a constitué une raison qui démotivait les adhérents, les sujets 15,16 et 24 ont affirmé « Je ne suis pas en mesure de faire la queue », « Il y a la mauvaise gestion de temps avec un long fil d'attente », et « Le temps passé trop long ici pour attendre mon tour me dé motive » Cette raison explicative était bien confirmée par les informateurs clés « Le long fil d'attente due à l'afflux des malades démotivait les gens » et « Les cadres des entreprises n'allaient pas ici car ils ne veulent pas perdre du temps pour attendre leur tour. »

C.3. Stigmatisation

Une sorte de manque d'équité dans le traitement des patients adhérents devenait un facteur de non recours aux soins, le participant 17 a affirmé : « Ce qui me décourageait de venir ici aussi c'est l'inégalité du traitement des adhérents, certains sont bien traités par rapport aux autres. Il y a une sorte de favoritisme dans l'accueil des patients, une différence de qualité de prescription, pour certains ce sont des médicaments de bonne qualité ». Un informateur clé a avancé que « Avant, les cadres ont le privilège... ils ont un cabinet spécial ne confondant pas avec le long fil d'attente des travailleurs. Ça était organisé pour minimiser leur absentéisme au travail ».

C.4. Manque d'information

La méconnaissance de la fréquence de consultation acceptée, et la peur de trop fréquenter étaient devenus un facteur de non recours aux soins. Le participant 23 a avancé « Je ne sais pas exactement combien de fois par semaine, par mois je pouvais rendre à l'OSTIE si je serai malade, des fois j'avais peur de trop fréquenter ici.

Par contre, un informateur clé a mentionné que « Les adhérents sont informés de tous au premier enregistrement, toutes les modalités sont expliquées de façon simple et brève ».

V. DISCUSSION

Le non recours aux soins est constaté, bien que des interventions soient entreprises. Le travail présent s'est fixé comme objectif d'identifier les raisons explicatives de non recours aux soins des affiliés de l'AMO. Les analyses ont montré que les obstacles socio-professionnels étaient les plus cités, suivis de la tendance à l'automédication. Les résultats étaient analysés et discutés à

travers les trois catégories de la typologie explicative du non recours aux soins de l'ODENORE.

A. Non connaissance

Lorsque l'offre n'est pas connue, par manque d'information sur son existence ou son mode d'accès, ou par non proposition du prestataire. Dans cette étude, la manque de connaissance, d'information exacte sur leur droit et sur l'offre de soins seront un motif du non recours aux soins, pourtant elle est peu citée, étant donné que les adhérents ne connaissent pas assez quand et combien de fois exactement ils peuvent consulter en cas de maladie. Ces derniers s'expliqueraient par une difficulté de s'informer sur son droit mais également de sa santé, par la compréhension du système médical qui demande plus de niveau intellectuel pour exprimer ses douleurs [18]. Dans ce contexte, l'éducation à la santé des usagers des services médico-sanitaires inter-entreprises, à l'intérieur et à l'extérieur des milieux de soins est primordiale pour une utilisation adéquate des prestations offertes.

B. Non demande des soins

Quand le besoin en santé est connu mais pas demandé, par choix, par manque d'intérêt pour l'offre, par existence d'alternative, par contrainte à cause de découragement devant la complexité d'accès géographique ou raisons financières ou difficultés à exprimer ses besoins ou le sentiment de discrimination, ou même lorsque les ayants droit considèrent que l'offre ne leur sera pas utile [19]. A la lumière de cette étude, le non demande est lié à l'état de santé non alarmant par des symptômes légers considérés comme ne nécessitant pas de consultation

médicale. Par ailleurs, presque le quart des enquêtés se plaignaient de la disponibilité temporelle à cause d'un travail chargé et un employeur strict qui ne pense qu'à la production, tout en minimisant l'absentéisme. La longue durée d'attente trop longue aussi devient un obstacle. La contrainte financière, principalement les frais de déplacement tient une place importante dans le non recours aux soins. En effet, cette étude a révélé qu'il existe une réelle place à la non demande qui semble fortement corrélée à la situation socio-économique des affiliés.

C. Non réception

Lorsque le besoin en santé est connu, demandé mais non obtenu en partie ou en totalité par la non adhésion à la proposition, par l'inattention aux procédures, par le dysfonctionnement du service prestataire ou par la discrimination. Dans cette étude, la non réception des consultations spécialisées demandées est soulevée par un informateur clé à cause d'une insuffisance en nombre de médecins spécialistes, la demande est nombreuse du fait que les bénéficiaires veulent définir eux même leur itinéraire de soins. Les prises de rendez-vous se font de manière sélective venant des médecins généralistes pour ceux qui en ont indispensablement besoin. La non sollicitation de consultation spécialisée devient un obstacle de recours, créant une sorte de désaccord entre les bénéficiaires et l'organisation imposée par la formation sanitaire de l'assurance maladie obligatoire.

D. Limite de l'étude

L'étude comportait certaines limites qui méritaient d'être soulevées. Tout d'abord, une limite de désirabilité était induite par le fait que le recrutement des participants a été réalisé dans les structures de santé. Ainsi, certains enquêtés ne voulaient pas se prononcer sur les questions portant sur la qualité des services de santé, ce qui renseigne partiellement les raisons de non recours. Des précautions ont été prises pour l'atténuer, en établissant un lien de confiance avec les participants en les rassurant que nous n'étions pas des agents de l'OSTIE, et que toutes les conversations enregistrées restaient secrètes et anonymes. Certes, les résultats de cette étude suggéraient que d'autres études portant sur le non-recours dans d'autres services médico-sanitaires inter-entreprises devraient être effectuées, afin de déceler les obstacles et les échecs du système de l'AMO et de s'interroger sur la pertinence et l'effectivité de leurs services fournis pour les salariés et leurs ayants droit.

VI. CONCLUSION

La question du non-recours aux soins porte en effet sur une diversité d'explications. Il serait à la fois la conséquence et la cause de multiples difficultés individuelles, environnementales, socio-professionnelles, économiques et du système de santé. Ce travail a permis dresser la synthèse des causes connues du renoncement et du non-recours aux soins. Sept grands thèmes des déterminants du non recours aux soins sont déduits de l'analyse qualitative : les facteurs socio-économiques, les facteurs liés à

l'état de santé, les facteurs liés à l'habitude du recours aux soins, les facteurs liés à l'habitude de recours aux soins, les facteurs liés à la qualité du service, à l'organisation administrative et la stigmatisation. Il est nécessaire de comprendre la manière dont ils s'articulent pour engendrer le non recours chez un usager pour pouvoir avancer des solutions. Ces résultats interpellent une amélioration et un renforcement du système de l'assurance maladie obligatoire pour la protection sociale adéquate des adhérents. Pourtant les IEC/CCC pour les bénéficiaires éviteront toutes formes de malentendus et des incompréhensions dans l'utilisation du service fourni.

REFERENCES

- [1]. Nations U. Déclaration universelle des droits de l'homme. Disponible sur: <https://www.un.org/fr/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- [2]. Sagna O, Seck I, Dia AT, Sall FL, Diouf S, Mendy J, et al. Étude de la préférence des usagers sur les stratégies de développement de la couverture sanitaire universelle à travers les mutuelles de santé dans la région de Ziguinchor au sud-ouest du Sénégal. *Bull Société Pathol Exot.* août 2016;109:195-206.
- [3]. Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe. Déclaration d'Alma-Ata. Bureau régional de l'Europe; 1978. Report No.: WHO/EURO:1978-3938-43697-61473.
- [4]. Messi E, Yaye W. Contraintes À L'accès Aux Soins De Santé Maternelle Dans La Ville De Maroua. *Int J Eng Sci.* janv 2017;06:13-21.
- [5]. Eric AM, Jacky M, Rootenbekf DE. Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu. KARTHALA Editions; 2003. 506 p.
- [6]. Garnerin P, Bovier P, Chamot E, Chastonay P, Chopard P, Herrmann F, et al. Qualité des soins. *Schweiz Ärztztg.* 2021;82:2020-4.
- [7]. Gobbers D. L'équité dans l'accès aux soins en Afrique de l'Ouest. *ADSP.* mars 2002;24:1-96.
- [8]. Razakamanana MV. Déterminants du recours aux soins communautaires à Madagascar. *Rev Int Études Dév.* 2021;247:107-37.
- [9]. Ministère de la Santé Publique, Politique Nationale de Santé à Madagascar ; 2016.
- [10]. Assemblée Nationale. LOI n° 94-029 portant Code du Travail à Madagascar.pdf
- [11]. Konaté MA. Evaluation du recours aux soins des adhérents et des non adhérents à la garantie santé dans le centre de santé de la MUTEK [Thèse]. USTTB; 2019. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/3701>
- [12]. Wicky-Thisse M. Causes de renoncements et de non-recours aux soins primaires des personnes en situation de précarité, [Thèse de Médecine], Université de Franche-Comté ; 2017, p.5.
- [13]. Revil H. Diagnostic du renoncement aux soins des assurés des CPAM de la seconde vague de généralisation des PFIDASS, rapport pour la CNAMTS, ODENORE/Programme LIFE ; 2018.
- [14]. Warin P. Le non-recours: définition et typologie, Juin 2010.
- [15]. Ouattara F, Bationo BF, Gruénais ME. Pas de mère sans un « mari ». La nécessité du mariage dans les structures de soins à Ouagadougou (Burkina Faso). *Autrepart.* 2009;4(52):81-94. doi : 10.3917/ autr.052.0081.
- [16]. Leclerc JS, Boudrias JS, Savoie A. La santé psychologique et la performance au travail : des liens longitudinaux bidirectionnels ? *Trav Hum.* 2014;77:351-72.
- [17]. Revil H, Daabek N, Bailly S. Synthèse descriptive des données du baromètre du renoncement aux soins (BRS). févr 2019 ; 35.

- [18]. Yalcouyé B. Evaluation de la satisfaction des usagers et des prestataires de l'assurance maladie obligatoire (AMO) dans les officines privées du district de Bamako [Thèse]. USTTB ; 2023.
- [19]. Revil H. Identifier les facteurs explicatifs du renoncement aux soins pour appréhender les différentes dimensions de l'accessibilité sanitaire. Regards. 2018;53(1):29-41.